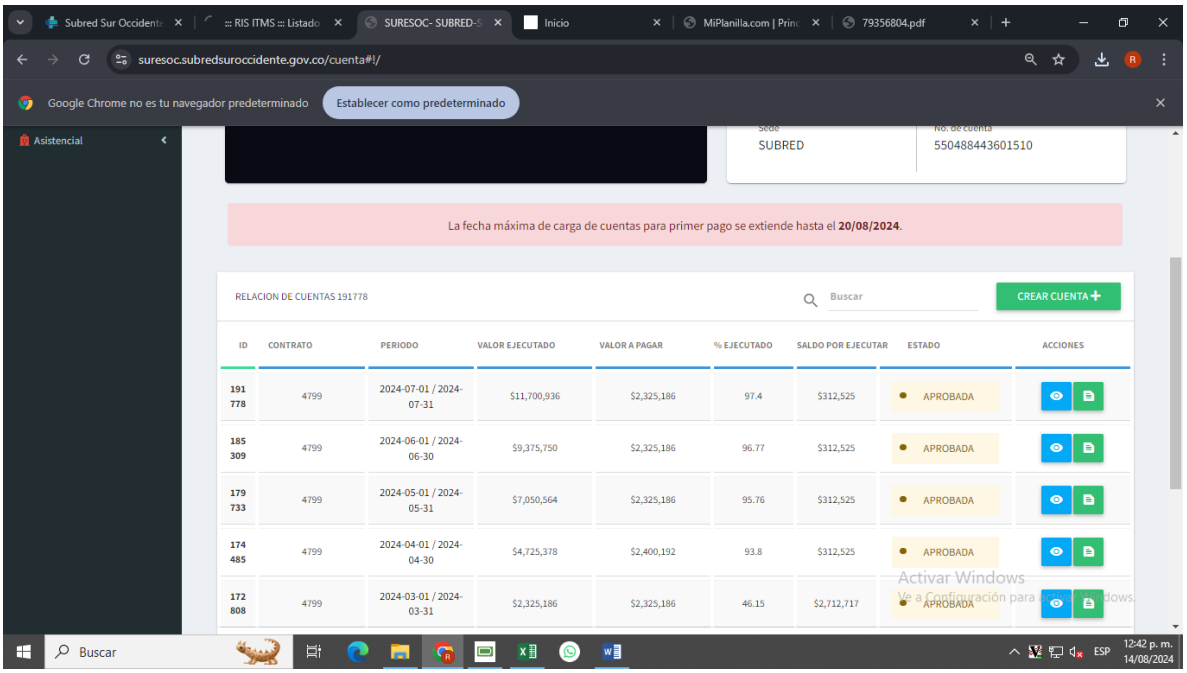
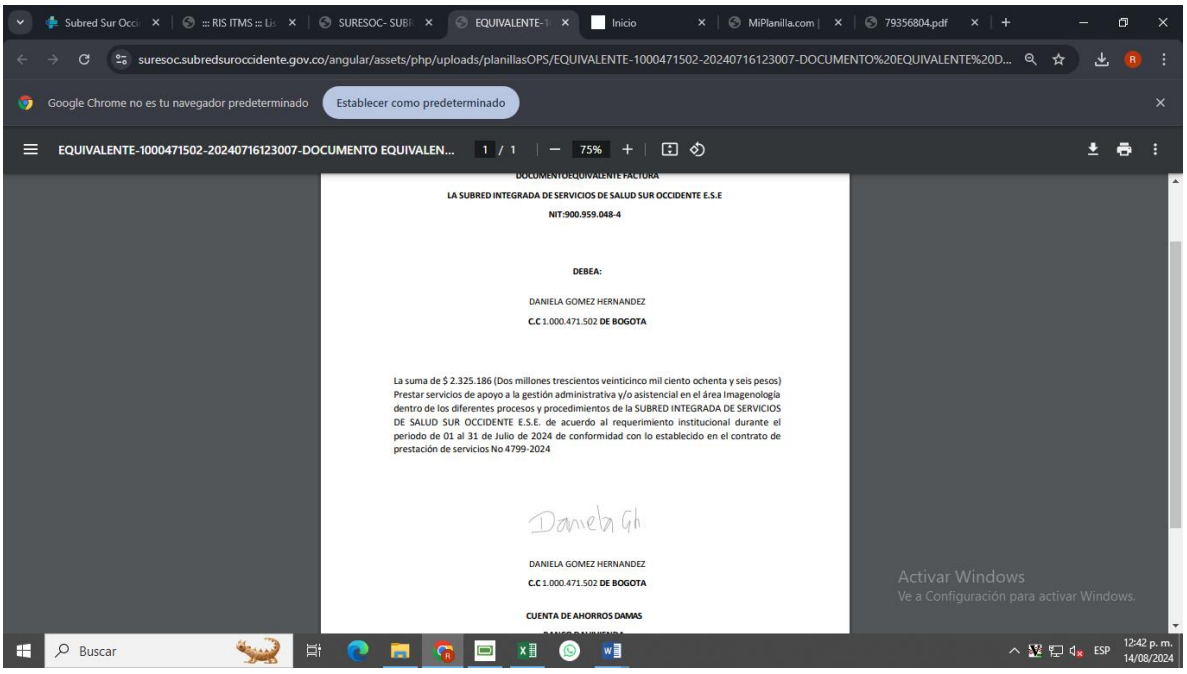
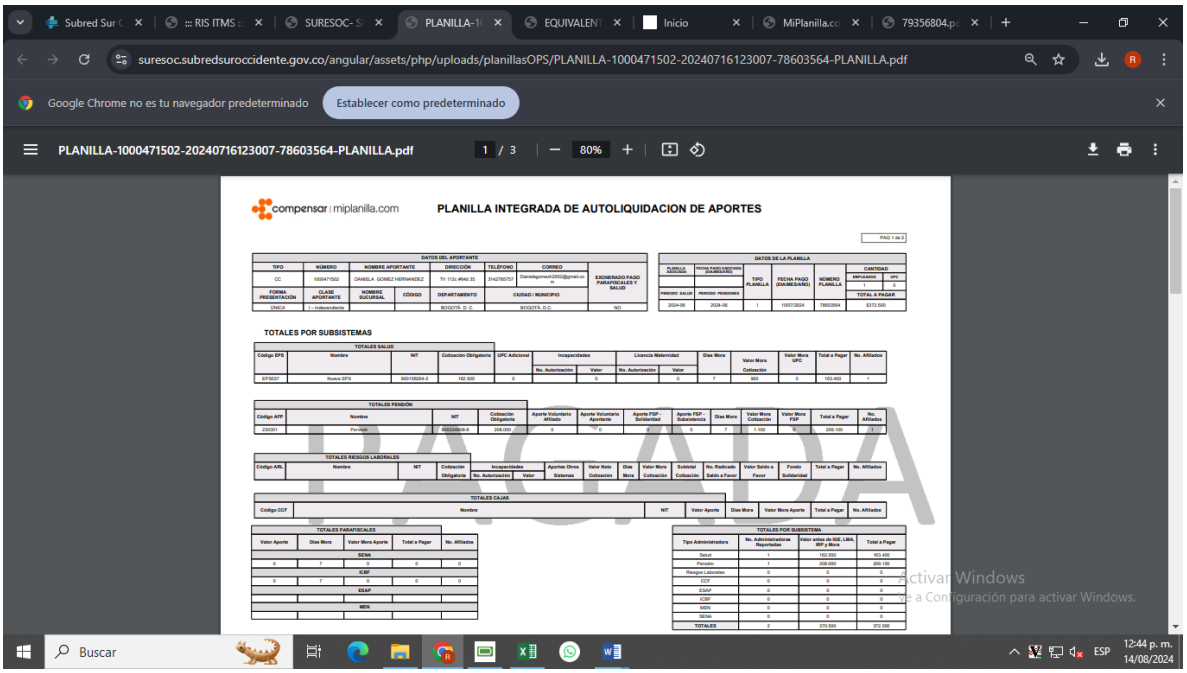

suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Google Chrome no es tu navegador predeterminado
Establecer como predeterminado
Asistencial
SUBRED
550488443601510
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 20/08/2024.
RELACION DE CUENTAS 191778
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
191 778
4799
2024-07-01 / 2024-07-31
$11,700,936
$2,325,186
97.4
$312,525
APROBADA
185 309
4799
2024-06-01 / 2024-06-30
$9,375,750
$2,325,186
96.77
$312,525
APROBADA
179 733
4799
2024-05-01 / 2024-05-31
$7,050,564
$2,325,186
95.76
$312,525
APROBADA
174 485
4799
2024-04-01 / 2024-04-30
$4,725,378
$2,400,192
93.8
$312,525
APROBADA
172 808
4799
2024-03-01 / 2024-03-31
$2,325,186
$2,325,186
46.15
$2,712,717
APROBADA
Activar Windows
Buscar
ESP
12:42 p. m.
14/08/2024


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/EQUIVALENTE-1000471502-20240716123007-DOCUMENTO%20EQUIVALENTE%20D...
Google Chrome no es tu navegador predeterminado
Establecer como predeterminado
EQUIVALENTE-1000471502-20240716123007-DOCUMENTO EQUIVALEN...
1 / 1
75%
DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT:900.959.048-4
DEBEA:
DANIELA GOMEZ HERNANDEZ
C.C 1.000.471.502 DE BOGOTA
La suma de $ 2.325.186 (Dos millones trescientos veinticinco mil ciento ochenta y seis pesos) Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Imagenologia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4799-2024
Daniela Gh
DANIELA GOMEZ HERNANDEZ
C.C 1.000.471.502 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS DAMAS
Activar Windows
Buscar
ESP
12:42 p. m.
14/08/2024



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	
CC	1006471502	DANIELA GOMEZ HERNANDEZ	TV 112c #54d 35	3142785751	Danielagomez1202@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DAMEHOY)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DAMEHOY)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					INFO.ADICIONAL	APO
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	1	10/07/2024	79603564	$372.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	7	980	0	163.480	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800229739-8	208.000	0	0	0	0	7	1.190	0	209.190	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.480
Pensión	1	208.000	209.190
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	372.500

PAGADA

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Daniela Gomez Hernandez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000471502	
CORREO ELECTRONICO:	danielagomezh2002@gmail.com				CELULAR:	3142785757	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D RADIOLÓGICA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08L02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488443601510				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	4799			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1742	FECHA	2024-07-22 14:00:55.000	NÚMERO DE CRP	47718	FECHA	2024-07-31 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO DE RADIOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-07-01		2024-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,325,186				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12,013,461
VALOR EJECUTADO	$11,700,936
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,325,186
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$312,525
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
78603564	$930,074	$116,259	$148,812	5	$22,657	$287,728

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes y diligenciamiento del formato de radiología.	GUARDAR CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA SOBRE LA HISSTORIA CLINICA DE LOS PACIENTES, EXIGIR Y VERIFICAR EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE RADIOLOGIA	CUMPLO CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS ÉTICOS CON RESPECTO A: INTIMIDAD EN EL ALISTAMIENTO PARA LA TOMA DEL ESTUDIO, CUMPLIENDO CON TODA LA ÉTICA ESTABLECIDA, PARA EL MES
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	HACER EL DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA EN LAS PLATAFORMAS DINAMICA Y ATRYS, ENVIAR LAS IMÁGENES ADECUADAS, TOMAR LOS ESTUDIOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS E INSTRUCTIVOS DE LA INSTITUCION	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTES EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA Y DILIGENCIANDO EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS, PARA EL MES
Participar en la programación de actividades del área	INGRESAR LOS DATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION, APLICAR LA CORRECTA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS Y ACCESORIOS UTILIZADOS	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTES EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA Y DILIGENCIANDO EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS UTILIZADOS, PARA EL MES
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	NOTIFICAR LOS EVENTOS POR MEDIO DEL REPORTE SUCESO DE SEGURIDAD	NOTIFICACIÓN OPORTUNA PARA EL MES
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, manejar y operar los equipos generadores de radiaciones ionizantes, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	REALIZAR LA CORRECTA NOTIFICACION EN EL SISTEMA DE INFORMACION ALMERA (MESA DE AYUDA) CUANDO SE REQUIERA	NOTIFICACIÓN OPORTUNA EN EL MOMENTO ENCONTRAR LAS FALLAS O PROBLEMAS QUE SURJA EN LA REALIZACIÓN DE LA TAREA ASIGNADA PARA EL MES
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	HACER EL DILIGENCIAMIENTO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA EN LAS PLATAFORMAS DINAMICA Y ATRYS, ENVIAR LAS IMÁGENES ADECUADAS, TOMAR LOS ESTUDIOS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS E INSTRUCTIVOS DE LA INSTITUCION	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTES EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA PARA EL MES
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento Vigilar el cumplimiento de las normas de protección radiológica.	EXIGIR Y VERIFICAR EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO, APLICAR LOS 4 INEQUIVOCOS Y CONSTATAR QUE LOS DOCUMENTOS ESTEN FIRMADOS POR EL PACIENTE Y EL MEDICO TRATANTE	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DILIGENCIADOS PARA EL MES
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	ADAPTAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS Y DEBERES TANTO DE LOS PACIENTES COMO DE MI MISMA COMO TECNOLOGA	TOMAR UN ESTUDIO DE CALIDAD QUE CONTRIBUYA CON EL DIAGNOSTICO PARA EL MES
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avanco de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	REGISTRAR EN EL SISTEMA LA INFORMACION DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON LA AUTO VERIFICACION DEL ESTUDIO TOMADO	REGISTRO EN EL APLICATIVO DE LA TOMA DE ESTUDIO PARA LOS PACIENTES
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignádas y entregaros a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	DILIGENCIAR LOS FORMATOS ADECUADOS CON LAS NOVEDADES QUE SE PUEDAN PRESENTAR EN CADA JORNADA, CUIDAR LOS ELEMENTOS QUE SE UTILIZAN PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES	FORMATO DE ENTREGA DE TURNO PARA EL MES
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca.	ASISTENCIA A LOS COMPROMISOS PROGRAMADOS EN LA INSTITUCION	FORMATO DE ASISTENCIA DE CAPACITACIÓN PARA EL MES
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	ESTAR ENTERADOS DE TODOS LOS LINEAMIENTOS IMPARTIDOS POR LA SUBRED	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE ASIGNADAS, SEGÚN LA INFORMACIÓN RECIBIDA PARA EL MES

Copia Controlada Subred Suroccidente

Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	ESTRA ENTERADOS DE TODOS LOS LINEAMIENTOS IMPARTIDOS POR LA SUBRED	ESTRA ENTERADOS DE TODOS LOS LINEAMIENTOS IMPARTIDOS POR LA SUBRED
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	TOMAR EL ESTUDIO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS E INSTRUCTIVOS DE LA INSTITUCION E INGRESAR LOS DATOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION	REGISTRAR LOS DATOS DEL PACIENTE EN LOS APLICATIVOS CORRESPONDIENTES SEGÚN AGENDA PARA EL MES
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud. pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	ENTREGAR EL RECIBO DE PAGO DE APORTES	ENTREGA ACTIVIDADES AL FINALIZAR DEL MES
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES DESIGNADAS, PARTICIPAR EN LAS DISTINTAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA UNIDAD COMO: LA SUBRED SE CONECTA, ASEGURATE (TAXONOMIA SEGURIDAD DEL PACIENTE, TRIADA PARA LA CLASIFICACION DEL EVENTO ADVERSO)), PAUSAS ACTIVAS CON LA ARL.	ENTREGA ACTIVIDADES AL FINALIZAR DEL MES, PARTICIPAR Y FIRMAR LA ASISTENCIA EN CADA ACTIVIDAD DE LA UNIDAD

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente